

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES MUCOÏDES DE LA VESSIE
THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier
Le 22 juin 1943

PAR

GEORGES RIGAL

Diplômé d'Hygiène

Né à Thuir (Pyr-Or.), le 5 septembre 1915

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

MEMBRES DU JURY

MM. JEANBRAU, professeur, *Président*.
AIMES, professeur.
ROUX, agrégé.
TRUC, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

Société anonyme à capital et personnel variables

14, Avenue Georges-Clemenceau. — Téléphone : 28-78

1943



CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

KYSTES MUÇOÏDES DE LA VESSIE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES MUCOÏDES DE LA VESSIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 juin 1943

PAR

GEORGES RIGAL

Diplômé d'Hygiène

Né à Thuir (Pyr-Or.), le 5 septembre 1915

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

MEMBRES DU JURY

MM. JEANBRAU, professeur, *Président.*

AIMES, professeur.

ROUX, agrégé.

TRUC, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

Société anonyme à capital et personnel variables

14, Avenue Georges-Clemenceau. — Téléphone : 28-78

1943

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Chaires :

Professeurs

Anatomie
 Histologie.....
 Physiologie.....
 Chimie biologique médicale et toxicologie.....
 Physique médicale.....
 Anatomie pathologique et médecine expérimentale
 Microbiologie.....
 Pathologie et thérapeutique générales.....
 Thérapeutique et matière médicale.....
 Hydrologie thérapeutique et climatologie.....
 Hygiène.....
 Médecine légale et médecine sociale.....
 Pathologie médicale et clinique propédeutique.....

MM. J. DELMAS.
 TURCHINI.
 HEDON.
 CRISTOL.
 PECH.
 BAUMEL.
 LISBONNE.
 PAGES.
 JANBON.
 PUECH.
 CARRIEU.
 VIDAL.
 BOULET.
 L. RIMBAUD.
 GIRAUD, *doyen*.
 MASSABAU, *ass^r*
 LAPEYRE.
 P. DELMAS.
 EUZIERE, *doyen h^o*
 BOUDET.
 MARGAROT.
 ETIENNE.
 JEANBRAU.
 N...
 DEJEAN.
 TERRACOL.

Clinique médicale

Clinique chirurgicale

Clinique obstétricale.....
 Clinique des maladies mentales et nerveuses....
 Clinique des mal. des enfants et hygiène du 1^{er} âge
 Clinique de dermato-syphiligraphie.....
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....
 Clinique des maladies des voies urinaires.....
 Clinique gynécologique.....
 Clinique ophtalmologique.....
 Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale...

Charges de cours

Anatomie.....
 Histologie.....
 Radiologie.....
 Propédeutique chirurgicale.....

LAUX.
 GRANEL.
 LAMARQUE.
 AIMES.

Professeurs honoraires

MM. TÉDENAT, BERTIN-SANS, CABANNES, GALAVIELLE,
 VIRES, BOSC, VILLARD, GRYNFELTT, RICHE.

Chargés d'enseignements complémentaires

MM.
 Chimie..... MONNIER, *agrégé*.
 Microbiologie..... CARRERE, *agrégé*.
 Histoire nat. médic. HARANT, *agrégé*.
 Pharmacologie..... HARANT, *agrégé*.
 Pathologie médicale BOUCOMONT, *agr.*
 — — — BERT, *agrégé*.
 Propédeutique méd. P. RIMBAUD, *agrégé*
 Clinique interne... PUECH, *professeur*.
 Clinique des malad. contagieuses..... JANBON, *professeur*

MM.
 Clinique de la tuber-
 culose..... VIDAL, *professeur*.
 Pathologie chirurg. MOURGUE-
 — — — MOLINES, *agr.*
 — — — TRUC, *agrégé*.
 Chirurgie expérim.. GUIBAL, *agrégé*.
 Médecine opératoire ROUX, *agrégé*.
 Accouchements.... CADERAS
 — — — DE KERLEAU, *agr.*
 Stomatologie..... HOUPERT, *dr. en méd.*

Agrégés en exercice

MM.
 Médecine..... P. RIMBAUD.
 — — — BOUCOMONT.
 — — — BERT.
 — — — LAFON, *ch. d'agr.*
 Chimie..... MONNIER.
 Bactériologie..... CARRERE.
 Histoire nat. méd... HARANT.

MM.
 Chirurgie..... MOURGUE-
 — — — MOLINES.
 — — — GUIBAL.
 — — — ROUX.
 Urologie..... TRUC.
 Accouchements.... CADERAS
 — — — DE KERLEAU.



A MON PÈRE

Le Lieutenant-Colonel Rigal

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MA MÈRE

Dont la bonté et l'affection me furent si précieuses, témoignage de mon infinie reconnaissance pour tout ce que je leur dois.

A MA FEMME

Avec l'expression renouvelée de ma profonde tendresse.

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

G. RIGAL.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR E. JEANBRAU

PROFESSEUR DE CLINIQUE
DES MALADIES DES VOIES URINAIRES
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qu'il trouve ici un modeste témoignage
pour l'enseignement qu'il nous a donné et
l'expression de notre gratitude pour
l'honneur qu'il nous a fait en acceptant
la présidence de notre thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AIMES

*A qui nous devons notre initiation
médicale, hommage de notre respectueuse
reconnaissance et de notre très profond
attachement.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Hommage de notre gratitude pour
son fructueux enseignement. Nous le
remercions d'avoir accepté d'être membre
de notre Jury.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TRUC

*Qui a bien voulu nous inspirer cette
thèse et nous apporter son aide précieuse
à la rédaction de ce travail.*

*Qu'il veuille bien trouver ici notre
plus profonde reconnaissance et notre
admiration pour tout ce qu'il nous a
enseigné.*

G. RIGAL.

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études médicales et au seuil d'une vie nouvelle, c'est pour nous un agréable devoir de remercier ici nos maîtres des Hôpitaux et de la Faculté, qui par leur enseignement dévoué, par leurs conseils, contribuèrent à notre formation médicale. Rien ne saurait éteindre les lourdes dettes de reconnaissance que nous avons contractées envers eux. Nous leur devons d'être médecin. Ils nous initièrent à l'art si captivant de la clinique, nous enseignèrent la science requise à son exercice et tâchèrent de développer en nous les qualités morales nécessaires à notre profession.

Notre gratitude s'adresse d'une manière toute particulière à Monsieur le professeur agrégé Truc. C'est à sa bonté que nous devons le sujet de ce travail. Nous le remercions de l'accueil spontané qu'il nous a toujours réservé, de la sympathie qu'il nous a témoignée et que connaissent tous ceux qui l'ont approché.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

KYSTES MUÇOÏDES DE LA VESSIE

INTRODUCTION

Le cas clinique observé et opéré par M. le professeur agrégé Truc et qui a servi de point de départ à notre travail est assez rare pour qu'à cette occasion il nous ait permis de faire une revue des tumeurs mucoïdes kystiques de la vessie.

Il nous a semblé utile de donner au début de ce travail un aperçu général des tumeurs glandulaires de la vessie, nous permettant ainsi de situer cette forme si curieuse que constituent les kystes mucoïdes.

Dans un ouvrage déjà ancien, mais resté sans retouches, Albarran a donné une excellente classification des tumeurs épithéliales de la vessie ; et c'est parmi ces néo-formations que nous avons rangé au point de vue histologique le cas de tumeur vésicale dont M. le professeur Truc a bien voulu nous permettre la

publication. Nous disons au point de vue histologique dans un sens un peu restrictif car il existe une certaine confusion dans les descriptions anatomo pathologiques qui ont été données des tumeurs vésicales. Les auteurs désireux d'accorder le genre anatomique avec la nature clinique des néoplasmes se sont toujours efforcés d'établir un rapport entre les caractères macroscopiques et microscopiques des tumeurs d'une part, et leur bénignité ou leur malignité d'autre part. Cette conception est partiellement inexacte car cliniquement il est difficile de se prononcer sur la nature d'une tumeur ; toutefois il ne faut pas conclure absolument à l'impuissance de l'examen histologique pour nous fixer sur l'évolution ultérieure d'une tumeur.

Dans notre travail nous nous sommes ainsi limités à l'étude des néo-formations en apparence bénignes dues à une production adénomateuse de type kystique.

Au cours de cette étude nous avons essayé de situer cette affection très rare dans le cadre des tumeurs d'origine épithéliale d'en rappeler quelques points d'historique, de rapporter quelques opinions concernant sa pathogénie et sa structure histologique, et enfin en ébauchant la symptomatologie peu nette et sans signe clinique vraiment pathognomonique, d'en indiquer le traitement essentiellement chirurgical.

HISTORIQUE

Les kystes de la vessie étaient déjà signalés par Rokitansky lorsque Klebs leur donna le nom d'herpès de la vessie sans plus insister sur leur structure histologique.

Cornil et Ranvier (1884) décrivent des vésicules saillantes formées par des utricules glandulaires remplies de muco-pus.

Rabert Knox décrit incomplètement un cas de « myome kystique » de la vessie. Ce cas fut opéré par Liston. « Une incision fut pratiquée, dit-il, au dessus du pubis et un corps étranger ressemblant à un kyste ou à une fausse membrane s'échappa de la cavité vésicale et je le reçus dans mes mains. » Une véritable légende s'est faite autour de ce cas. Certains auteurs croyaient même qu'il s'agissait de deux cas différents de Knox et de Liston.

Knox et Liston ont décrit cette tumeur comme un myome kystique.

Albarran dit à ce propos : « Il pourrait bien se faire que ce ne fut ni un myome, ni un kyste, mais tout simplement une cystite pseudo-membraneuse dans laquelle, cela s'est déjà vu, quelques fibres musculaires seraient restées attachées à la fausse membrane. »

Silcook a présenté à la Société de pathologie de Londres des pièces macroscopiques montrant des

vésicules de la grosseur d'un plomb de chasse sur la vessie et sur l'uretère. Des cas analogues ont été signalés par divers auteurs tels que : Litten, Chiari, Limbeck, Antal, Cahen, Laboullène, Vincent, Segond, Thiercelin, etc...

Les dégénérescences malignes accompagnant les productions kystiques bénignes ont été signalées par Blavet di Briga en 1923.

Des techniques opératoires nombreuses, ont été proposées pour l'ablation des kystes de la vessie en particulier et de ses tumeurs en général. Nous citerons à ce propos le remarquable mémoire de Hartman (1913).

OBSERVATION

Observation inédite due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé TRUC.

M^{me} B..., sans profession, âgée de 23 ans entre dans le service d'Urologie, le 3 mars 1943. L'affection a commencé il y a 10 mois par des phénomènes de cystite qui s'accroissent rapidement : dysurie terminale, pollakiurie (3 à 8 mictions nocturnes). Depuis 7 mois quelques hématuries terminales et depuis 3 mois, sensation de pesanteur hypogastrique. Par ailleurs, aucun trouble fonctionnel. La patiente est mariée, mais n'a pas eu de grossesses. A l'entrée dans le service, on perçoit à la palpation une masse médiane débordant la symphyse de 2 travers de doigt. Au toucher vaginal on perçoit un corps utérin en bonne position, mobile avec la masse hypogastrique.

<i>Urine totale</i>	}	Présence de nombreux germes.
<i>aseptique.</i>		
		Bacilles à gram —
		Staphylocoques.
		Cocci à gram + type entérocoque.
		Pas de B. K.

Cystoscopie. — Pratiquée le 3 mars 1943, capacité vésicale : 200 cc. le sommet vésical est occupé par une masse tumorale du volume d'un œuf faisant saillie dans

la vessie, mais se continuant sans collet avec la paroi. A son niveau la muqueuse est le siège d'un œdème bulleux et présente également deux ulcérations. Le reste de la vessie est normal.

Examen des urines. — Volume de 24 h. 500 cc.

Réaction : acide.

Densité : 1025.

Chlorures : 9,10.

Albumine : traces.

Glucose : néant.

Examen du sang. — Urée du sérum 0 gr. 29 par litre.

Examen des autres appareils. — R. A. S.

Intervention (Prof. agrégé Truc) : Rachi-anesthésie. Incision médiane sous-ombilicale. Ecartement des droits. Au-dessus du pubis en avant de la vessie du côté gauche on sent une masse du volume d'un utérus adulte. Comme on ne peut suffisamment dégager la vessie en arrière, incision du péritoine, l'exploration de la cavité pelvienne montre un utérus normal des annexes droites saines, un petit kyste ovarien gauche. La tumeur vésicale est implantée au sommet de la vessie et se prolonge sur la face postérieure de cet organe.

On incise alors sur la tumeur le péritoine que l'on décolle jusqu'à ce que l'extériorisation de la vessie soit possible. Fermeture du péritoine. Ouverture de la vessie et résection de la tumeur au bistouri électrique par
CYSTECTOMIE PARTIELLE.

Suture de la vessie en 2 plans après mise en place d'un tube Marion n° 40. Suture des muscles. Suture de la peau. Suites opératoires normales. La malade sortit

guérie après vérification cystoscopique avec une capacité vésicale de 300 cm³ et n'urinant pas la nuit.

Examen macroscopique de la pièce : cette tumeur bombait dans la vessie, et cette partie saillante ulcérée représentait une surface de 6 cm. sur 7 cm.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'examen histologique (Docteur Guibert) a porté sur un large fragment prélevé en bordure de l'ulcération vésicale et empiétant profondément dans la masse tumorale.

1° A faible grossissement : on voit qu'on a affaire à une néoplasie bien limitée à sa périphérie par une capsule et constituée dans sa masse proprement dite par grand nombre de logettes séparées par des cloisons conjonctivo-vasculaires et occupées par un coagulum basophile.

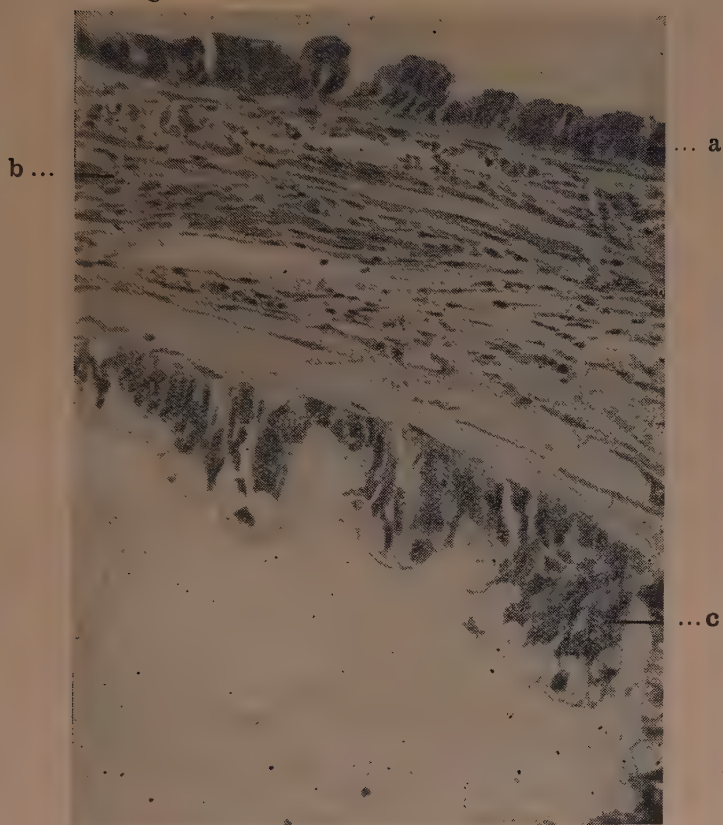
Déjà à ce grossissement on se rend bien compte que les parois de ces logettes comportent bien un épithélium de revêtement, mais il est souvent discontinu pour faire même totalement défaut en certains endroits.

2° Au fort grossissement, en bordure de l'ulcération, on reconnaît encore l'épithélium vésical du type polymorphe stratifié et papillomateux. Au dessous de lui, se trouve un tissu conjonctivo-vasculaire riche en fibres musculaires lisses et en éléments inflammatoires divers. Au delà de ce territoire conjonctivo-vasculaire, on distingue un autre revêtement épithélial qui recouvre la face interne d'une cavité remplie par un coagulum basophile. Ce deuxième épithélium diffère totalement de l'épithélium vésical ; il est bien pluristratifié par places ;

mais surtout constitué par des cellules *cyindriques mucipares* particulièrement riches en boules de mucus situées dans leur pôle apical. On retrouve ce revêtement mucipare à la face intérieure d'un grand nombre de cavités microkystiques, mais il faut reconnaître que la plupart d'entre elles n'en possèdent pas et que seul le coagulum subsiste en leur intérieur.

Les cloisons qui délimitent les cavités sont d'épaisseur très variable parfois filiformes, de plus elles comportent des fibres musculaires lisses au sein de leur gangue conjonctivo-vasculaire ce qui montre bien qu'elles sont taillées dans le tissu conjonctivo-musculaire de la paroi vésicale. La coloration par le mucicarmine de la substance basophile prouve que c'est bien du mucus sécrété par les cellules cylindriques mucipares décrites plus haut au niveau de l'épithélium de revêtement de ces cavités. En résumé : Nous nous trouvons en présence d'un kyste mucoïde multiloculaire de la paroi vésicale, vraisemblablement développé au dépens de formations glandulaires aberrantes.

Aucun signe de prolifération cellulaire maligne.



a) épithélium cylindrique simple.

b, faisceaux conjonctivo-musculaires de la paroi vésicale.

c) épithélium cylindrique mucipare.

PATHOGÉNIE

C'est en abordant le problème de la pathogénie des kystes de la vessie que l'on s'aventure sur un terrain de discussions scientifiques nombreuses, la diversité des opinions étant due à ce que les pièces anato-pathologiques ont été dans les observations des auteurs classiques mal ou insuffisamment examinées au point de vue histologique. Dans son ouvrage sur les tumeurs de la vessie, Albarran étudiant les proliférations de l'épithélium vésical, distingue dans les tumeurs qui en dérivent trois types distincts dans la forme des cellules et leur arrangement réciproque.

1° Un type allantoïdien rencontré dans certains états verruqueux de la vessie et dans quelques papillomes ;

2° Un type vésical adulte dans lequel rentre la variété glandulaire qui nous intéresse ;

3° Enfin un type dont nous n'avons pas à nous occuper ici et qui concerne les proliférations atypiques et particulièrement les tumeurs malignes.

LIMBECK admettait deux origines possibles aux kystes de la vessie.

1° Ils peuvent avoir pour point de départ des proliférations circonscrites de l'épithélium de la muqueuse vésicale dans le derme muqueux, avec transformation kystique secondaire ;

2° Ils peuvent résulter d'adhérences s'établissant entre deux plis voisins de la muqueuse. Cette conception pathogénique présente manifestement des lacunes et Albarran écrit en critiquant cette manière de voir : « Je m'étonne de ne pas voir mentionnées les glandes normales de la muqueuse vésicale. Il n'en est jamais question et pourtant plusieurs figures données par cet auteur (il s'agit de Limbeck) se rapportent assurément à ces glandes. Si dans certains cas le mécanisme qu'il invoque peut être accepté, rien ne le prouve ; tandis que l'origine glandulaire des kystes semble démontrée par les différents degrés de dilatation auxquels on rencontre les culs de sac glandulaires. » Cette origine glandulaire est acceptée implicitement par Fritz Cahen puisque cet auteur déclare qu'il s'agissait dans son cas de cysto-
adénomes.

Discussion : Existence de formations glandulaires au niveau de la paroi vésicale. La paroi vésicale d'après Sappey ne possède aucune glande ; or, il existe des formations tumorales de la vessie à type indiscutablement glandulaire. Notre observation du kyste mucoïde multiloculaire de la paroi vésicale en est une preuve.

V. BRUM a décrit sous le nom de diverticules glanduliformes de la paroi des formations épithéliales développées aux dépens de la muqueuse vésicale et qui se présentent comme des sortes de nids épithéliaux.

Pour CRUVEILHIER rien n'est plus simple ; il suffirait d'un peu d'attention pour se rendre compte que les formations glandulaires abondent sur le trigone vésical, et qu'elles peuvent exister quoique plus rares en tous les points de la vessie. Sur le col vésical ainsi que sur tout le trigone des formations à revêtement cylindrique

stratifié sans membrane basale ont été décrites par Testut.

STEINHAUS a retrouvé dans les vessies non pathologiques des formations épithéliales qu'avait déjà entrevues Albarran qui jugeait qu'elles étaient normales à ce niveau. Ces formations épithéliales peuvent facilement passer inaperçues car elles peuvent simuler un simple plissement. Mais sur des coupes en série elles se révèlent comme étant de véritables glandes de la paroi vésicale.

PISENTI, ROMITI, TANDLER, SALA, SCHWALLA, RAUBER, EDELMAN, ont rencontré au niveau de la paroi vésicale des formations glandulaires diverses. Nous disons diverses car leur structure histologique est essentiellement variable. Par contre ce qui constitue un facteur présentant une certaine constance, c'est la distribution topographique au niveau de la vessie de ces formations glandulaires. En effet les lieux de prédilection sont d'après divers auteurs :

1° Les environs du col ;

2° Le trigone ;

3° La face antérieure de la vessie.

Cette distribution en 3 régions topographiques va à l'encontre de la conception de CRUVEILHIER qui admet l'existence des glandes dans toute la vessie.

Au point de vue histologique, ces formations sont essentiellement polymorphes. En effet, on peut les classer sous plusieurs chefs :

1° Simples évaginations de la muqueuse vésicale (TESTUT, ALBARRAN, ROMITI, SALA, CASSANELLO, REY, SINDONI) dans lesquelles on retrouve l'épithélium typique de la vessie. Certains auteurs (DERNEL) ajoutent, que

jamais aucun produit de sécrétion n'a été observé dans ces formations ;

2° Glandes à type prostatique, c'est-à-dire représentant par leur morphologie des lobules prostatiques aberrants. TANDLER, SCHWALLA, KAUFFMANN décrivent ces glandes vésicales à type prostatique même chez les femmes. Il s'agirait dans ce cas de ressemblances histologiques purement fortuites ;

3° Glandes à structure acineuse (CRUVEILHIER) ;

4° Glandes à structure tubuleuse (ROMITI, RAUBER) ;

Les glandes à structures acineuse et tubuleuse sont des glandes muqueuses mieux différenciées, mais toujours de petit volume.

5° Epithélium à type intestinal tapissant des formations kystiques et qui constituent une variété de glandes à mucus (EDELMAN).

Certains auteurs tels que SALA prétendent que ces glandes feraient défaut chez les jeunes et se développeraient plus ou moins tard chez les sujets normaux à tous points de vue. Dans le même ordre d'idée ASCHOFF, tout en admettant l'inexistence de ces glandes chez les sujets jeunes et leur apparition chez les sujets âgés, fait cependant intervenir un facteur extrinsèque et ce seraient des irritations répétées de l'organe qui détermineraient à la longue, chez les vieillards, l'apparition des glandes dans la paroi vésicale.

Pour conclure, BUCINÉO en fait une manifestation de la sénilité des tissus.

Contre cette conception s'élève GLADO en apportant une observation d'un adénome de la vessie chez un enfant de 4 ans.

Nous mêmes apportons un cas de kyste d'origine

glandulaire indiscutable chez un adulte jeune, femme de 23 ans.

D'autres auteurs font jouer un rôle prépondérant à l'existence d'une inflammation locale qui déterminerait une cystite chronique. Cette cystite chronique faciliterait l'apparition de diverticules éphitéliaux et formation des glandes. STOERCK, MORSE, HARRY, SORTOLI sont de cet avis.

CONCLUSION :

a) *Il existe des glandes ou des formations glandulaires au niveau de la paroi vésicale.*

b) *Fréquence de tumeurs glandulaires vésicales.*

Il est logique de supposer que de par le fait de la rareté des formations glandulaires au niveau de la paroi vésicale, les tumeurs les ayant comme point de départ seront exceptionnelles.

c) *Modalités morphologiques de ces tumeurs.*

En examinant les 23 cas d'adénomes que nous venons rapidement d'énumérer nous voyons que :

1° Les uns rappellent absolument l'adénome prostatique (cas de AUDRY).

2° Les autres ont un aspect tubulaire (CARRARO, JEANBRAU).

3° Aucun cas ne ressemble à un kyste mucoïde multiloculaire dont nous rapportons l'observation à l'exception d'un seul qui présente avec notre cas une certaine parenté : il s'agit de l'adénome kystique à cellules muqueuses (cas de BAYER).

Or tout ceci nous semble n'être qu'une querelle de

mots. Des kystes, classiquement « non parasitaires » étant des poches sans ouvertures renfermant des matières organiques diverses plus ou moins liquides dans la plupart des cas sont dits uniloculaires, aréolaires ou multiloculaires suivant que leur cavité est unique ou cloisonnée. Or les adénomes kystiques, sont creusés de cavités kystiques plus ou moins nombreuses, de dimensions très inégales depuis les cavités microscopiques jusqu'à la grosseur d'une tête d'enfant contenant dans leur lumière un liquide dont la provenance était discutée. Si certains auteurs n'admettent pas leur provenance glandulaire nous nous rangeons du côté de G. HERRMANN et Ch. MOREL qui admettent que le liquide dont un kyste d'origine glandulaire est rempli, est un liquide de sécrétion.

D'autre part, certains adénomes de la vessie sont constitués par un parenchyme épithélial et par un stroma conjonctif et leur développement résulte d'une prolifération combinée et coordonnée de l'un ou de l'autre de ces deux tissus.

Donc sous quelque forme qu'elles se présentent ces tumeurs occupent une position intermédiaire entre les hypertrophies fonctionnelles et les hyperplasies irritatives d'une part et les épithéliomas d'autre part, c'est-à-dire des formations résultant de l'hyperplasie atypique et progressive des cellules épithéliales et dont les matériaux histologiques de construction sont les mêmes que ceux d'un adénome kystique ou non, c'est-à-dire du parenchyme épithélial et un stroma conjonctif et vasculaire. Les formations se séparent cependant des épithéliomas par leur structure moins atypique par la délimitation, plus nette du parenchyme et par leur caractère bénin, se comportant d'habitude comme des

tumeurs bénignes, mais pouvant cependant dégénérer et devenir alors des cancers envahissants.

La différenciation de ces formations glandulaires d'avec les glandes proprement dites qui lui ont donné naissance est à faire aussi. Les tumeurs se distinguent des glandes correspondantes par leurs anomalies structurales, par leur incapacité plus ou moins complète à remplir le rôle physiologique des glandes, par leur aspect de productions morbides circonscrites qui tranchent nettement par leur couleur et leur consistance sur les parties normales au sein desquelles elles se sont développées.

Reste à démontrer l'origine de ces kystes mucoïdes de la vessie. Ce sont surtout des kystes par anomalie du développement. En effet, ils se rapportent à des productions épithéliales qui se sont trouvées séparées de l'un ou de l'autre des feuilletts embryonnaires, par suite d'une anomalie locale du développement et qui ont ensuite évolué en prenant la forme kystique. Au niveau de la vessie ces kystes endodermiques et mésodermiques proviennent très probablement de germes embryonnaires détachés du tractus digestif, sexuel embryonnaire etc... ou des formations épithéliales mésoblastiques.

ETIOLOGIE

L'étiologie des tumeurs de la vessie n'est pas mieux connue que celle des tumeurs en général.

Fréquence. — D'après Guyon les tumeurs de la vessie sont assez fréquentes et c'est pour les avoir souvent méconnues qu'on a pu les tenir pour rares. Mais il faut bien insister sur ce fait étiologique que dans la diversité considérable des tumeurs vésicales, les proliférations kystiques à réaction mucoïde dont un cas nous a inspiré ce travail, sont certainement parmi les plus rares.

C'est ainsi que, seulement pour les adénomes (tumeurs bénignes d'origine glandulaire) SINDONI en 1935 n'a réuni que 16 observations dont 4 du même auteur (MOTZ). CHAUVIN, en 1936, ajoute à cette liste 7 cas nouveaux.

Ceux de CLADO et de WITTZAC-WEIGERT rapportés par VERHOOGENT un cas de JEANBRAU dans la thèse de HOAREAU en 1928; une observation de PASCHIS et une de PLANT en 1929; un cas de MAKAR et URQUART en 1930 et 2 cas sur l'animal. (FELDMAN, HINTZE).

Les tumeurs bénignes ayant pour origine les formations glandulaires de la paroi vésicale sont d'une extrême rareté. C'est ainsi qu'en 1936 on n'a pu en réunir que 23 cas (adénomes) dont 21 cas humains et 2 cas chez les animaux.

Le sexe masculin semble être d'après des statistiques précises plus prédisposé que le sexe féminin à ces atteintes tumorales.

Quant à l'âge les tumeurs de la vessie peuvent s'observer à toutes les périodes de la vie. Toutefois avant l'âge de 30 ans ces tumeurs sont très rares, d'après ALBARRAN le maximum de fréquence s'observerait entre 40 et 60 ans et cet auteur s'appuyant sur un grand nombre d'observations, cite comme cas extrêmes pour la plus jeune de ses malades 2 ans 1/2 et pour le plus âgé 75 ans. En dehors de quelques données que nous venons d'exposer nous n'avons aucune connaissance positive sur les conditions étiologiques qui favorisent le développement des tumeurs de la vessie et on ne saurait mieux finir ce chapitre d'étiologie qu'en citant ces quelques lignes de Guyon que nos connaissances nouvelles ne peuvent infirmer : « On ne trouve à noter aucune circonstance qui mérite de prendre rang dans une étiologie vraiment scientifique. Nous restons dans l'ignorance complète au sujet des véritables causes des tumeurs de la vessie. Mais nous pouvons affirmer que les maladies antérieures de cet organe, ou celle de l'urètre, la blennorrhagie, les retrécissements, les cystites, la pierre, les rétentions d'urine, l'hypertrophie de la prostate, n'y prédisposent en aucune façon. Il est de même des diathèses rhumatismale, goutteuse, arthritique, syphilitique, tuberculeuse, qui n'ont aucune influence appréciable »

SYMPTOMATOLOGIE

L'étude clinique des kystes mucoïdes de la vessie nous offre une symptomatologie qui n'est pas différente de celle propre aux tumeurs vésicales en général et le plus souvent ce n'est qu'après l'ablation au cours de l'examen histo-anatomo-pathologique que l'on se rend compte de la nature glandulaire et kystique de la tumeur.

Cependant certains auteurs ont décrit des symptômes un peu spéciaux ou peu modifiés qui appartiendraient plus spécialement aux néo-formations glandulaires, nous les signalerons au cours des symptômes que nous allons maintenant étudier.

Un autre fait clinique est à signaler : l'évolution des tumeurs vésicales glandulaires débute en général par une période de tolérance plus ou moins longue pendant laquelle les symptômes sont réduits au minimum puisque l'hématurie apparaît seule à l'exclusion de tout autre symptôme. De plus le malade ne souffre pas et la disparition du saignement lui donne pour un certain temps l'espoir de la guérison, mais les hématuries reviennent de plus en plus abondantes, la rétention, la cystite surviennent ensuite ; alors le malade s'inquiète et va consulter le chirurgien.

L'Hématurie est donc le signe précoce et majeur des tumeurs vésicales, prenant parfois le caractère de la petite hématurie terminale, parfois au contraire celui de l'hémorragie abondante et inquiétante ; un autre caractère de cette hématurie c'est sa spontanéité : elle survient en effet, au milieu du repos le plus complet ; c'est parfois la nuit que le malade voit sa miction sanglante. Dans certains cas cependant le malade indique nettement une cause déterminante de son hématurie : une fatigue exagérée, un effort ou une exploration instrumentale ; l'abondance de l'hématurie est comme nous l'avons dit très variable, lorsque la quantité de sang épanchée dans la vessie dépasse certaines limites on voit se former des caillots que le malade expulse parfois sans douleur, parfois au contraire au prix de violents efforts ; ces caillots peuvent être assez volumineux pour gêner la miction. La persistance de l'hématurie est un des symptômes les plus notables et explique l'état d'anémie profonde dans laquelle se trouvent certains de ces malades. Pour nous résumer sur ce symptôme si important qu'est l'hématurie, citons ces quelques lignes de Guyon : « Parmi ses nombreux caractères, les plus importants au point de vue seméiologique, ceux qui en font un symptôme vraiment pathognomonique, sont l'apparition spontanée, sans cause appréciable, sans aucun trouble préalable de la miction, la reproduction facile et fréquente, la longue durée, la résistance à toutes les médications ».

Cystite. — La fréquence de la cystite est si grande qu'on peut considérer cette complication comme un symptôme presque constant, mais plus ou moins tardif.

Cette cystite est due à la pullulation de micro-organismes qui s'introduisent de diverses façons dans la cavité vésicale ; ces micro-organismes trouvent dans cette cavité tumorale un excellent milieu de culture formé par le mélange d'urine, de sang et de détritüs néoplasiques.

Quant à la *douleur* elle peut être totalement absente, même dans les cancers les plus malins, tant qu'ils ne dépassent pas les limites de la vessie. Quand elle existe on peut la rapporter à la tumeur elle-même ou ce qui est le plus vraisemblable à la cystite concomitante.

Miction. — Les troubles de la miction éclatent assez souvent en même temps que l'hématurie. La douleur est le symptôme le plus fréquent. Elle s'accompagne très souvent de pollakiurie souvent seulement nocturne au début et devenant par la suite à une période plus avancée, à la fois nocturne et diurne.

Quant aux gros troubles fonctionnels que constituent la rétention et surtout l'incontinence, ils tendent à disparaître de nos jours où un diagnostic précoce est généralement fait avant que la tumeur n'atteigne des proportions considérables.

Les Urines, en dehors du sang renferment parfois de l'albumine, parfois des cellules de desquamation et des cellules normales qui peuvent servir au diagnostic. Quant à l'examen bactériologique il peut faire voir toutes les variétés d'infections urinaires compliquer les tumeurs de vessie.

Pronostic. — Les tumeurs glandulaires de la vessie ne sont pas en principe des néoplasies malignes,

cependant dans certains cas elles peuvent dégénérer, mais en dehors de ces cas, elles ne donnent pas lieu à des productions ganglionnaires, et bien extirpées, elles ne récidivent pas.

Cependant comme complications de ces tumeurs, complications d'ailleurs communes à toutes les tumeurs vésicales, on peut signaler :

1° Les états anémiques consécutifs aux hématuries abondantes et répétées.

2° L'infection de la vessie et l'infection urinaire ascendante.

DIAGNOSTIC

L'étude des symptômes fonctionnels peut fournir de grandes probabilités sur l'existence des néoplasmes vésicaux : mais seul l'examen physique peut nous donner une certitude et nous autoriser à préciser le siège de la tumeur. Cette exploration comporte plusieurs manœuvres :

Cathétérisme. Il sera exécuté de préférence avec des sondes molles qu'avec des cathéters métalliques. Ceux-ci peuvent en effet, déterminer l'augmentation des hématuries ou en provoquer l'apparition. De toute façon l'exploration métallique devra être très prudente et se faire strictement dans l'intervalle des hématuries. Quant à l'exploration à la sonde molle elle sera utilement précédée de l'introduction d'un explorateur souple olivaire qui de plus renseigne sur les particularités de l'urèthre. Le cathétérisme à la sonde molle est susceptible de renseigner sur l'existence d'une tumeur par la sensation de corps étranger qu'il procure, sur l'état de vacuité ou de plénitude de la vessie, et enfin sur les caractères de l'hématurie. Bref trois renseignements d'ordre capital pour le diagnostic des néoplasies vésicales.

Le toucher rectal ou vaginal. Combiné au palper abdominal, ou ces deux manœuvres employées isolément donnent des renseignements de la plus haute importance

lorsqu'elles sont effectuées correctement. Tout d'abord il faut au préalable vider la vessie de l'urine qu'elle peut contenir, se rendre compte ainsi de l'épaisseur des tissus qui séparent les deux mains et l'on constate si cette épaisseur est plus considérable de l'un ou de l'autre côté de la ligne médiane. Il faut que le néoplasme soit assez volumineux ou que sa consistance soit assez ferme pour que la sensation ait quelque netteté.

Le toucher intra-vésical. Nous ne faisons que mentionner ce procédé inutilisé en France et qui ne peut donner quelques renseignements que chez la femme du fait de la brièveté, de la largeur et de la dilatabilité de l'urèthre.

Cystoscopie. Il n'est pas douteux que c'est cette méthode qui apporte au diagnostic des tumeurs vésicales le principal appoint. En effet, le cystoscope peut faire reconnaître une tumeur insoupçonnée, ou affirmer un diagnostic souvent douteux. Enfin précieuse ressource, le cystoscope permet souvent d'arriver à un diagnostic de probabilité touchant le volume, le siège, la nature même d'une tumeur, au point de vue macroscopique bien entendu, c'est-à-dire, suivant qu'on se trouve en présence d'une forme diffuse ou localisée, pédiculée, sésille, polypeuse. Sans entrer dans les détails de technique et sans insister sur les nombreux aspects que peut nous révéler l'examen cystoscopique, rappelons que pour être pratiqué avec profit, l'examen au cystoscope est soumis à ces deux conditions préalables de la part de la vessie à savoir :

1° Une tolérance assez grande pour permettre l'introduction dans le réservoir d'au moins 60 gr. de liquide ;

2° Le milieu vésical liquide doit être transparent, ce qui suppose un lavage soigneux de la vessie. Enfin il faut faire l'aveu que l'aspect cystoscopique est rarement pur ; car le plus souvent il s'ajoute à la tumeur des lésions de cystite ; en particulier les cystites tuberculeuses présentant parfois des surfaces ulcérées et des végétations papillaires peuvent faire porter un diagnostic de tumeur inexistante.

Cystographie. — La méthode radiographique est venue apporter un appoint précieux pour le diagnostic des tumeurs de la vessie. Cet examen comporte :

a) la radiographie simple de la vessie non préparée, qui éliminant la lithiasie a plutôt une valeur négative.

b) la cystoradiographie et la radiographie de la vessie après injection dans sa cavité, de substances opaques (collargol à 10 %, bromure de sodium, gélobarine, ténébryl au 1/3 qui permettent de constater la présence d'une tumeur par défaut de remplissage de la vessie ou de substances transparentes au rayons X (gaz : air, oxygène, anhydride carbonique) donnant de la tumeur une image sombre qui contraste sur le fond clair de la vessie infiltrée de gaz. C'est la pneumocystographie à laquelle peut se combiner la péripneumocystographie : injection d'air simultanée dans la vessie et dans la cavité de Retzius.

Cystoradiographie au collothor. — La dernière venue de ces méthodes radiographiques, le collothor ou oxyde de thorium colloïdal a l'avantage, contrairement aux substances opaques qui ne donnent que l'image négative de la tumeur, de se déposer par floculation à la surface de la muqueuse vésicale et de donner

ainsi l'image réelle des tumeurs, c'est-à-dire l'image positive (méthode de « la couche mince »). Notons avec le collothor la possibilité de pratiquer la stéréocystographie.

Cysto-trachélographie. — Kneise et Schober (de Halle) ont imaginé, en 1938, un procédé radiographique destiné à l'exploration du col vésical ; ce procédé dit de la « flaque » consiste en l'injection dans la vessie de substances opaques et d'air. Par ce procédé on obtient des images très précises non seulement de la saillie dans la vessie d'une masse tumorale toute proche du col ; ou d'un adénome prostatique, ou d'un cancer de la prostate, mais encore du profil d'un col vésical hypertrophié. Les conditions requises pour cette exploration qui paraît ne pas avoir réuni beaucoup d'adeptes parmi les urologues français, sont les suivantes :

a) vider de façon absolument complète la vessie.

b) disposer d'une solution de sel organique iodé tel que le ténébryl à 35‰, le diagnorénol, l'abrodil, l'urosélectan, dont on injecte de 10 à 20 cc.

Cette méthode mérite d'être prise en grande considération toutes les fois que se pose le diagnostic d'une saillie du col vésical dans la vessie.

c) *Urographie intraveineuse.* — Radiographie de l'appareil urinaire rendu visible par élimination d'un produit opaque, préalablement injecté (urosélectan). Utile, surtout, dans les cas de tumeurs péri-urétales.

Utilité de la cystoradiographie. — Cas où la cystoscopie est possible, mais où la tumeur est volumineuse

ou la tumeur est infiltrée et de bords difficiles à déterminer, où la tumeur est à siège intra et juxta-urétéral sus et péri-urétéral, assez volumineuse pour cacher l'orifice urétéral ; de même lorsque la nature de la tumeur est difficile à préciser, la cystoradiographie peut donner des indications bien plus étendues que la cystoscopie, enfin dans tous les cas où la cystoscopie est impossible.

Sans rentrer dans les détails de technique, ni d'interprétation contentons-nous de faire remarquer les applications étendues de la méthode radiographique et sa haute valeur dans tous les cas où un diagnostic, par les moyens usuels s'avère incertain.

TRAITEMENT

Dans ce chapitre nous consacrerons un bref développement au traitement des tumeurs vésicales à structure glandulaire qui ont inspiré ce travail ; puis nous signalerons simplement les différentes modalités thérapeutiques propres aux tumeurs vésicales en général et qui à l'occasion peuvent être appliquées aux tumeurs glandulaires en apparence bénignes, lorsque celles-ci sont susceptibles de subir une transformation maligne.

1° *L'Électrocoagulation* des tumeurs papillomateuses de la vessie a été introduite par Beer et consiste dans la destruction de ces tumeurs par l'utilisation des courants de haute fréquence avec quelques légères variantes, soit que l'on fasse de l'électrocoagulation, soit de l'étincelage. Cette méthode a complètement remplacé l'ablation des tumeurs par la voie endoscopique. Ses avantages sont : l'absence d'hémorragie et la formation d'une cicatrice souple non rétractile. C'est le traitement de choix des adénomes bénins, des petits kystes, des papillomes dont on ne craint point la dégénérescence ultérieure du pédicule.

2° Mais dans les cas où la tumeur n'est point nettement villeuse, lorsqu'elle est sessile, volumineuse

ce qui est le cas dans notre observation, lorsque l'on craint une dégénérescence du pied du polype, lorsque l'on soupçonne la nature maligne d'une tumeur à son début, le traitement chirurgical est le seul à s'imposer en réalisant l'exerese de la zone tumorale par une cystectomie partielle. C'est cette intervention que réalisa M. le professeur agrégé Truc sur la malade dont nous avons rapporté l'observation. Un point de technique chirurgicale est à noter à propos de cette méthode de cystectomie ; c'est la technique du décollement total de la vessie par le procédé de l'extrapéritonisation de l'organe, procédé dont nous sommes redevables à Woelcker et qui est surtout appliqué dans la chirurgie de l'uretère terminal. Après une incision sus-pubienne médiane, ouverture de la cavité de Retzius et incision transversale de l'aponévrose ombilico-prévésicale pour ouvrir la loge de la vessie. Avec une compresse on décolle la vessie à droite et à gauche, en haut et en bas, aussi loin que possible. Quand le décollement commence à devenir difficile, on incise délibérément le péritoine au ras de la vessie, au niveau de l'ouraque. On continue l'incision sur les côtés en tirant la vessie vide en haut et en avant pour découper une rondelle ovale de péritoine de 5 à 6 cm. de diamètre, rondelle qui reste adhérente à la vessie.

La cavité péritonéale ouverte est aussitôt refermée par un surjet au catgut. La vessie vide est saisie par une pince en cœur, tirée en haut et en avant, tandis que le décollement se continue sur la face postérieure jusqu'à la base.

Dans le cas opéré par M. le professeur Truc cette technique a été d'une très grande utilité puisque la

tumeur implantée au sommet de la vessie se prolongeait sur la face postérieure de l'organe.

Un certain nombre de précautions préopératoires doivent être prises : sans insister sur le maximum de précisions dont doit s'inspirer le diagnostic (examen clinique, cystoscopie, biopsie si besoin), mentionnons, en ce qui concerne les préparatifs de l'intervention, les points suivants : examen complet du malade, bilan de la résistance de son état général, étude de son fonctionnement rénal (constante d'Ambard, phénolphthaléine, séparation des urines), vaccination préventive, désinfection du milieu vésical.

Nous ne voudrions pas clore ce chapitre thérapeutique sans mentionner l'utilisation des agents physiques, du radium en particulier bien que celle-ci paraisse dans l'ensemble assez peu en faveur auprès des urologues français.

Disons de suite que le traitement radiumthérapique doit être exclusivement réservé aux tumeurs dont le caractère de malignité ne laisse aucun doute, c'est-à-dire aux formes infiltrées, ulcéreuses, cancroïdales, dans les cas de cancers papillaires, de polypes dégénérés, lorsque l'on se trouve en présence de tumeurs bénignes ayant subi une transformation maligne, ou de tumeurs, qui paraissant inoffensives sont du point de vue évolution de véritables cancers. Nous empruntons à un travail récent les données suivantes sur les moyens d'application du radium.

1° *Télécuriéthérapie* : application à distance de fortes doses de radium ; très peu employée en France.

2° *Les applications du radium par voie naturelle* : les procédés utilisés sont :

a) *La sonde radifère* mise au contact de la tumeur, procédé ancien et actuellement délaissé.

b) *Le cystoscope porte-radium* : invention américaine qui donnerait de bons résultats dans les tumeurs papillaires.

c) *Les aiguilles de radium* implantées au bout d'une sonde urétrale dans l'épaisseur de la tumeur avec des cystoscopes spéciaux. Ces aiguillages cystoscopiques s'appliquent aux cas suivants : tumeurs assez pédiculées et peu volumineuses.

d) *Les applications par voie suspubienne*. — L'application du radium à vessie ouverte échappe aux critiques des méthodes précédentes et semble constituer le procédé de choix d'application de radium. Il consiste après une taille qui permet de voir le volume et les limites nettes de la tumeur, son degré d'infiltration, d'implanter des aiguilles de radium dans la base de la tumeur et dans la paroi vésicale infiltrée.

3° *Roentgenthérapie*. — Les rayons X ayant donné de bons résultats dans certains cas de tumeurs d'autres viscères, il était tentant et logique de penser à eux. Mais les espoirs furent trompés et les techniques se basant sur les rayons X doivent être reléguées au même rang que la radiumthérapie. D'ailleurs si dans cette étude portant sur un cas de tumeur vésicale considérée comme dépourvue de malignité, nous mentionnons les méthodes de traitement par les agents physiques, c'est parce que nous avons cru utile à propos du cas ayant inspiré ce travail de faire une courte revue

des moyens thérapeutiques généraux dont on dispose dans le traitement des tumeurs de la vessie.

Mais il est évident que l'application de la radium-thérapie ou de la roentgenthérapie, à la forme kystique que nous avons observée, constituerait une erreur.

Il faut croyons-nous, accorder à ces méthodes de traitement par les agents physiques, en exceptant l'électrocoagulation par la méthode de Beer qui possède une valeur toute particulière dans certaines variétés de tumeurs bénignes, une efficacité relative qui permet de voir en elles non pas un ensemble de procédés vraiment curatifs, mais bien plutôt palliatifs qui doivent être réservés à des récidives opératoire ou à des tumeurs dont le stade chirurgical a été dépassé, et cela encore avec pas mal de restrictions. Signalons en outre, parmi les traitements palliatifs, l'emploi combiné du mésothorium et de la diathermie préconisé par Legeu, Marsan et Flandrin.

Pour conclure sur cette question si intéressante et si controversée que constitue le traitement des tumeurs de la vessie, disons que la confusion qui semble régner entre les partisans de telle ou telle méthode tient pour une large part au fait que dans aucun autre organe de l'économie peut-être, la démarcation est moins nette entre les variétés bénignes et malignes des tumeurs. Et pour ne pas trop sortir du cadre de notre observation où la tumeur en cause était, à priori bénigne, la conclusion qui s'impose est la même que pour la thérapeutique des cancers chirurgicaux de l'organisme ; c'est par un diagnostic précoce qu'on peut espérer un bon résultat de l'exérèse chirurgicale aussi large que possible. La cystoscopie doit être systématique en présence de toute hématurie ; il ne faut pas s'attarder à

traiter par des moyens insuffisants des tumeurs vésicales tant soit peu suspectes et toutes les autres méthodes doivent céder le pas à la chirurgie dans les formes de début et toutes les fois qu'on n'est pas absolument certain de la bénignité de la tumeur.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Le présent travail dont une observation de kyste mucoïde de la vessie dans le service de M. le professeur Jeanbrau a été le point de départ, comporte une étude générale sur cette curieuse et presque rarissime variété de tumeurs vésicales. En certains points, nous avons cru opportun d'identifier cette étude générale à celle des tumeurs glandulaires dont le kyste mucoïde constitue un aspect.

1° L'examen anatomo-pathologique nous montre que ces kystes multiloculaires, consistent en cavités tapissées par un épithélium à cellules cylindriques mucipares, ces cavités étant remplies par un coagulum basophile.

2° Au point de vue pathogénique, le petit nombre de cas publiés, fait que l'accord est loin d'être réalisé, sur le mode de formation de ces tumeurs kystiques. L'opinion la plus admissible les rapporte à des productions épithéliales qui se sont trouvées séparées de l'un ou de l'autre des feuilletts embryonnaires par suite d'une anomalie locale du développement, productions qui ont ensuite évolué en prenant la forme kystique. Au niveau de la vessie ces kystes endodermiques et mésodermiques proviennent très probablement de germes embryonnaires ou de formations épithéliales mésoblastiques.

3° L'étiologie de ces tumeurs est aussi imparfaitement connue que celle des autres tumeurs de l'organisme.

4° Au point de vue clinique, les kystes mucoïdes de la vessie se manifestent par une symptomatologie commune aux autres variétés de tumeurs vésicales, douleurs, troubles de la miction, mais surtout hématuries terminables spontanées « capricieuses » ; tels sont les signes dont l'apparition doit commander automatiquement un examen cystoscopique. L'application des méthodes radiographiques à l'exploration de la vessie, et en particulier la cystographie au collothor a fourni des éléments nouveaux de précision au diagnostic et au traitement des cancers vésicaux.

5° L'évolution des kystes mucoïdes de la vessie est celle des tumeurs bénignes ; en tenant bien compte toutefois qu'en matière de vessie, les notions de bénignité ou de malignité des néoformations sont encore assez imprécises. En dehors de la transformation maligne qu'ils peuvent subir les kystes mucoïdes vésicaux peuvent être à l'origine d'états anémiques graves par hématuries et d'infections rénales secondaires.

6° Actuellement la question du traitement des tumeurs vésicales qui récemment encore était uniquement chirurgical a bénéficié de l'extension des méthodes radiumthérapiques. Certains ont voulu opposer les deux méthodes. Il semble que la radiumthérapie ait une valeur palliative certaine, et une valeur curative non négligeable dans des cas très limités. Donc c'est au chirurgien urologue que revient le soin de traiter les tumeurs malignes diagnostiquées précocement, ainsi que la majorité des tumeurs bénignes, notamment lorsqu'elles occupent un volume important ce qui était

le cas dans notre observation. L'intervention vise à l'ablation seule de la tumeur lorsqu'elle est pédiculisée ou à l'ablation simultanée de la tumeur et de la paroi vésicale (Cystectomie) lorsque la tumeur est sessile ou infiltrée.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — Traitement des tumeurs de la vessie par l'électrocoagulation et l'étincelage.
(Thèse de Bordeaux, 1934).
- ALBARRAN. — Les tumeurs de la vessie.
(Paris, 1892).
- BLAVET DI BRIGA. — Un cas de cancer de la vessie avec kystes.
(*Journal d'Urologie*, 1923. Tome XVI, p. 29).
- CHAUVIN. — Tumeurs vésicales à structure d'adénome.
(*Journal d'Urologie*, décembre 1936, p. 521).
- DELANOUE. — Traitement des tumeurs de la vessie par les courants à haute fréquence.
(Thèse de Bordeaux, 1932).
- GAIGNEROT. — La radiographie dans les tumeurs de la vessie.
(Thèse de Paris, 1937).
- GROS-PERRIN. — Cystectomie subtotale pour tumeurs vésicales.
(*Journal d'Urologie*, septembre 1938, p. 295).
- HARTMANN. — Quelques réflexions à propos de 47 opérations pour tumeurs de la vessie.
(Travaux de chirurgie anatomo-clinique), 4^{me} série, p. 207.
- HOAREAU. — Contribution à l'étude des adénomes de la vessie.
(Thèse de Montpellier, 1928).
- LANGE. — Du traitement radiumthérapique dans les tumeurs de la vessie.
(Thèse de Bordeaux, 1935).
- LEPESTEUR. — A propos d'un cas de tumeur allantoïdienne.
(Paris-Vigot, 1938).

- MARION. — Traitement des tumeurs de la vessie.
(*Le Progrès Médical* n° 45, 1^{er} novembre 1930, p. 192).
- MASSON. — Diagnostic de laboratoire (Tumeurs diagnostiques histologiques). — In traité de pathologie médicale, Maloine.
(Paris, 1923).
- PERARD. — Réflexions sur le traitement des tumeurs bénignes et malignes de la vessie.
(*Gazette Médicale Française* 1^{er} octobre 1937, n° 15, p. 787).
- SOLCARD, LECHULTON, PERVES, BERGE et PENMANEACH. — Les tumeurs vésicales et juste vésicales à type intestinal.
(*Association Française de l'étude du cancer*, 21 juin 1937, p. 559).
- TARCHIANI. — Le traitement du cancer vésical par cystectomie partielle.
(Thèse de Paris, 1934). (Service du Docteur Gouverneur. — Hôpital St-Louis).
- WOLFROMM. — A propos du diagnostic et du traitement des tumeurs de la vessie.
(*Journal d'Urologie*, 27 avril 1936, p. 568).
- WOLFROMM et GILSON. — Un nouveau mode d'exploration radiologique du col vésical : cystotrachélographie par la méthode de la « flaque ».
(Abrodilpfütze de Kneise et Schober, 1938).
(*Journal d'Urologie*, janvier, février 1942).
-

En ma qualité de censeur de tour,
j'ai lu la thèse ayant pour titre :
Contribution à l'étude
des kystes mucoïdes de la vessie
par Georges Rigal.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 27 Mai 1943.

Le Professeur,

JEANBRAU.

Vu :

Montpellier, le 28 Mai 1943.

Le Doyen,

G. GIRAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 28 Mai 1943.

Le Recteur,

SARRAILH.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
